

保護者各位

【致 各位家長】

視力と聴力の調査のお願い

【視力與聴力調査通知】

小兒療育相談センターでは川崎市からの委託を受けて、3歳児健診を受診するお子さんを対象に、目と耳の異常をできるだけ早期に発見し適切な治療につなげるため、調査と検査を実施しております。

【小兒療育諮詢中心接受川崎市の委託，以接受健康檢查的3歲幼兒為對象進行調查與檢查，以求盡可能早期發現眼睛與耳朵的異常後得以接受適當的治療。】

ご家庭で検査を行い、最後のページにある「視力と聴力の調査票」に記入し健診当日に持参し、受付時に提出してください。

【請在家裡進行檢查，然後填寫在最後一頁的「視力與聴力調查表」後於健康檢查當天帶來，並於掛號時提出。】

提出された調査票を審査し、より詳しい検査（2次検査）が必要と思われるお子さんには、後日封書にてご連絡いたします。

【審査提出の調査表後，我們將在日後以封緘的書信通知認為有必要進一步做詳細檢查（2次検査）的幼兒。】

なお、2次検査の対象にならなかったお子さんについてはご連絡いたしません。

【此外，我們不會通知非2次検査對象的幼兒。】

この調査票は、視聴覚検診の目的以外に使用することはありません。

【此調査表不會用於視聴覚検診以外的目的。】

◆2次検査の時期 調査票の提出から3か月前後です

【◆2次検査的時期： 調査表提出後3個月前後】

◆2次検査の内容 目：視力検査 斜視の検査 眼球運動の検査 立体視の検査

耳：語音聴力検査

【◆2次検査的内容： 眼睛：視力検査 斜視的検査 眼球運動的検査 立體視的検査
耳：語音聴力検査】

◆2次検査の費用 無料

【◆2次検査的費用： 免費】

◆2次検査会場、時間等については、2次検査のお知らせでご案内します。

【◆關於2次検査會場、時間等，於2次検査通知上記載。】

川崎市では、幼稚園、保育園を通じて4歳児（年中児）を対象に実施していた視聴覚検診を平成28年10月から、3歳児健診で実施することになりました。

【川崎市透過幼稚園、保育園，以4歳幼児（年中児）為對象實施的視聽覺檢診自平成28年（2016年）10月起變成實施3歳幼児健康檢查。】

◆お問い合わせは

小児療育相談センター 視聴覚検診班

TEL 045（321）1773

【◆諮詢

小児療育諮詢中心 視聴覚検診班
電話 045（321）1773】

1. 視力検査のやり方【1. 視力検査方法】

用意するもの

【準備物品】

1. 視標：小さい輪が検査用です。大きい輪は点線で切ってお子さんに持たせてください。
【1. 視標：小環用於檢查。請沿虛線剪開大環，然後讓孩子攜帶。】
2. 眼帯：ガーゼまたはティッシュペーパーを5cm位の大きさにたたんで、ばんそうこうなどで、のぞかれないようにしっかり貼って下さい。
【2. 眼帶：將紗布或面紙折疊成大約5公分大小的長方塊，並用OK 繃等將其牢牢地黏住，以免被窺視。】
3. メジャーなど測定できるもの
【3. 可以測量的尺子等】

検査のやり方

【検査方法】

1. 検査は、明るい部屋の中で2.5mの距離で行います。
【1. 検査時在明亮房間裡，隔2.5公尺的距離進行。】
2. まず1m以内の距離で練習してみます。練習は両眼で行います。
大きい輪をお子さんに持たせ、切れ目の向きを合わせる方法で 何回か練習して、検査のやり方を理解してもらいます。
切れ目の方向は、右・左・上・下の4方向とします。
視標の向きを変えるときは、必ず一度視標をかくしてから変えて下さい。
【2. 首先以1公尺以內的距離練習看看。練習時以兩眼進行。
讓孩子拿著大環，利用對齊缺口的的方法練習幾次，讓孩子了解檢查方法。
缺口方向有右、左、上、下4個方向。
改變視標的方向時，請務必暫時遮住視標後再改變。】

改變視標的方向時，請務必暫時遮住視標後再改變。】

3. 次に2.5mの距離で片目ずつかくして、視力検査を行います。

見えにくそうだったり、いやがったりする時は、反対側の目から検査してください。

【3. 接著以2.5公尺的距離分別遮住單眼進行視力檢查。

似乎難以看清或是不想看時，請檢查另外一眼。】

4. 検査の結果は正答の場合は○印、誤答の場合は×印を『視力検査』の欄に記入して下さい。

ただし、お子さんが「全然見えない」と言ったら検査を中止し、回答欄にその旨をお書き下さい。

【4. 検査結果請填寫在『視力検査』欄內，正確請打○，錯誤請打×。

但孩子如果說「完全看不見」時則停止檢查，並請在回答欄內填寫該內容。】

検査がうまくできないとき

【検査不順利時】

一度検査をしてうまくできなくても、何回か繰り返すと上手にできるようになりますので、日を変えて検査して下さい。

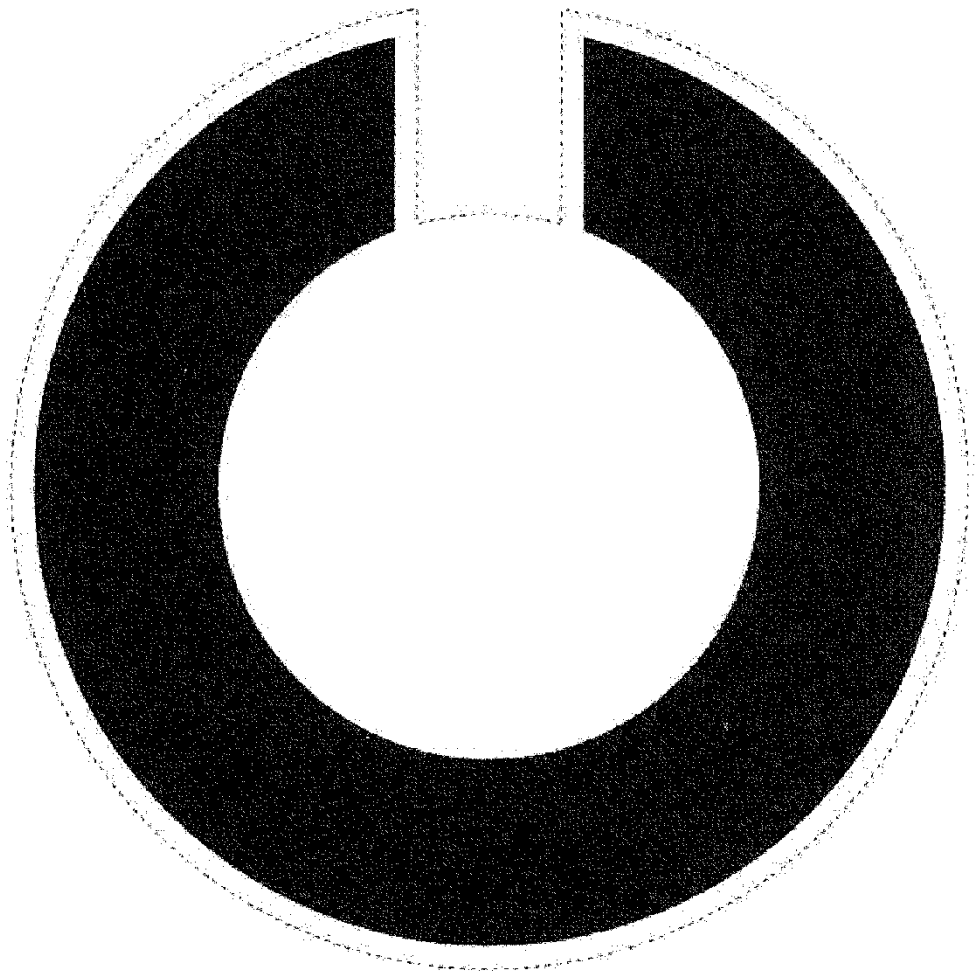
【検査時即使不順利，重複操作幾次後就會順利了，這時請變更日期檢查。】

視標^{しひょう}を切り取^{きり}って下^{くだ}さい。

【請剪下視標。

この輪^わをお子^こさんに持^もたせて下^{くだ}さい。

讓孩子帶這個環。】

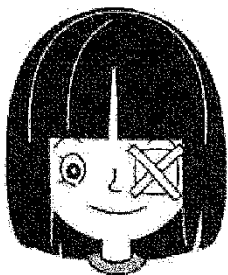


片目^{かため}のかくし方^{かた}

【遮蓋單眼的方法】

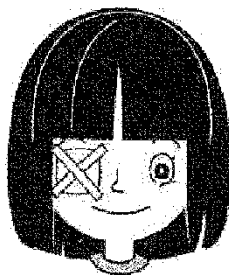
右目^{みぎめ}検査^{けんさ}のとき

【右眼検査時



左目^{ひだりめ}検査^{けんさ}のとき

【左眼検査時】



右^{みぎ}の視標^{しひょう} (0.5) を切り取^{きり}取り

検査^{けんさ}に使^{つか}って下^{くだ}さい。
【請剪下右邊^{みぎ}的視標^{しひょう} (0.5) 後
於^お検査^{けんさ}時^{とき}使用^{しよ}。】



2. 聴力検査のやり方

【2. 聴力検査方法】

ご家庭で聞こえの検査をしてみましょう。

下の検査の方法を良く読んでから始めて下さい。

【在家裡検査聴力看看吧。

請仔細閱讀以下的檢查方法後開始。】

★検査の時に注意すること

【★検査時的注意事項】

なるべく外を車などが通っていない時をみはからい、テレビやラジオを消して部屋を静かにしてから検査して下さい。

【請盡量在外面沒有車輛等通過時，關掉電視機或收音機後在房間安靜的情況下檢查。】

ささやき声による聞こえの検査（絵1） 【可否聽到低聲細語的檢查（圖1）】

1. 絵を子どもの方に向けて置き、1mくらい離れて向かい合い座ります。

【1. 將圖面朝孩子的方向放置，隔1公尺左右面對圖坐下。】

2. 「この絵の名前を言うから、お母(父)さんが言った絵を指さしてね。」と子どもに言って、普通の声（会話する時の声）で、絵シートのとおりの呼び方で、子どもが6個の絵をすべて正しく指させるように練習します。

【2. 向孩子說出「說出這個圖的名字後，指出母親（父親）所說的圖。」，讓孩子練習用一般的說話聲（會話時的聲音），按照畫布的稱呼方式可以全部正確指出6個圖。】

3. 「今度は小さな声で絵の名前を言うから、よく聞いて、指さしてね。」と子どもに言って、口元を手で隠し、6個の絵の名前をささやき声で1回ずつ言い、正しく指させれば○、正しく指させなければ×を調査票の1-①（ささやき声の検査結果）に記入します。

【3. 向孩子說出「這次小聲說出圖的名字後，仔細聆聽，並用手指出。」之後，用手遮住嘴巴，分別小聲地說出6個圖的名字，並填寫在調查表的1-①（低聲細語的檢查結果），正確指出的話打○，不能正確指出的話打×。】

検査の注意事項

【検査的注意事项】

絵の名前を言うのは1回だけです。聞き返されても、繰り返し言わないで下さい。また、ささやき声が大きくならないように注意して下さい。

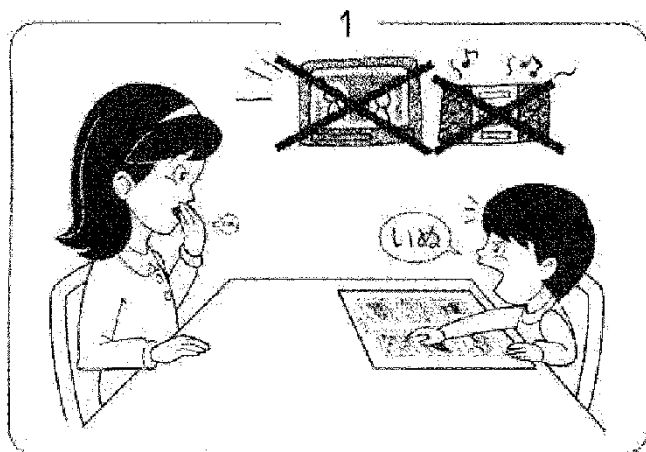
【只說一次圖的名字。即使被反問也不要重複說出。此外，請注意低聲細語地說出，聲音不要太大。】

※ささやき声の出し方

【※低聲細語出聲的方法】

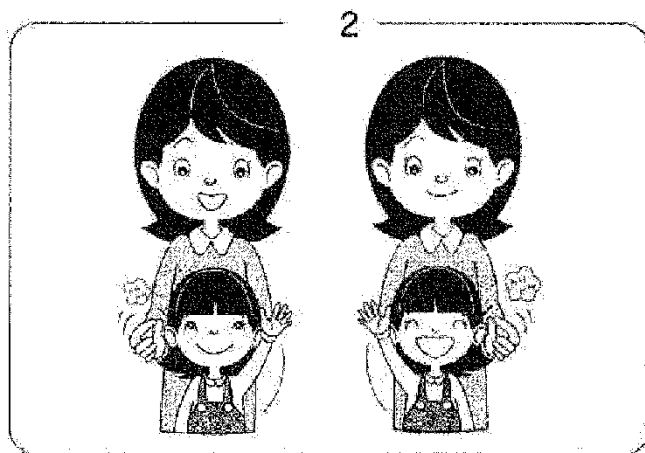
ささやき声は、声を出すだけの感じでないしよ話のようにささやきます。普通の声は、のどに手を当てたときに指に振動を感じますが、ないしよ話のようにささやくと振動は感じません。この状態が「ささやき声」です。

【低聲細語就是感覺不到出聲的私下耳語般地小聲說話。一般的說話聲就是當手放在喉嚨處時手指可感受到振動，但私下耳語般地竊竊私語時則感覺不到振動。這種狀態就是「低聲細語」。】



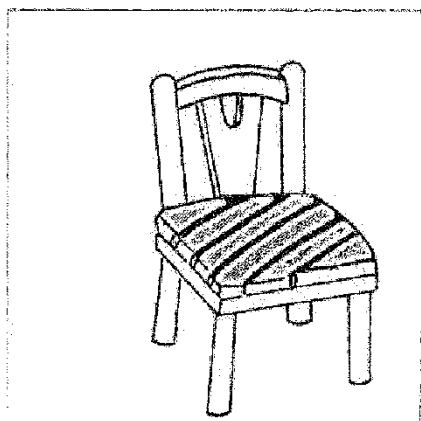
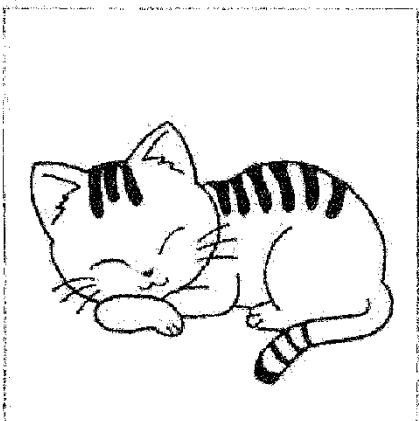
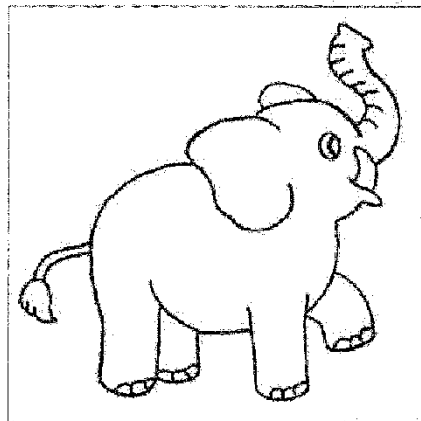
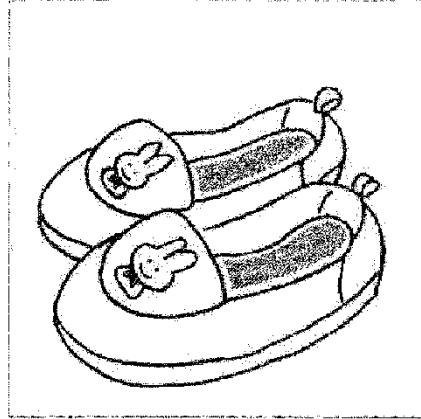
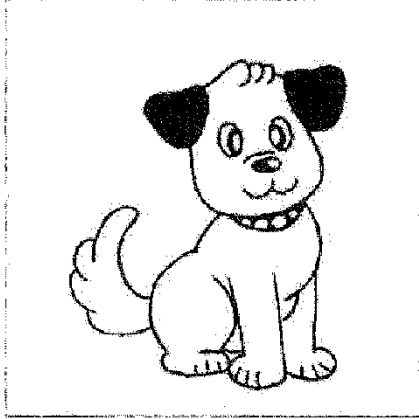
指こすりによる聞こえの検査 (絵 2) 【摩擦手指進行的聽力検査 (圖 2)】

1. 親は子どもの後ろに立ち、子どもの耳の真横5 cmぐらいのところ、親指と人さし指を5～6回こすります。
【1. 雙親站在孩子後面，在孩子的耳朵正側面約5公分處利用姆指與食指摩擦5～6次。】
2. 子どもが聞こえたら、手を上げさせるようにします。
【2. 當孩子聽到聲音時，請孩子舉手。】
3. 最初は右、次は左というように、交互に行います。
【3. 剛開始測試右耳，接著測試左耳交互進行。】
4. 聞こえたら○、聞こえなかったら×を調査票の1-② (指こすりの検査結果) に記入します。
【4. 將結果填寫在調查表的1-② (摩擦手指的檢查結果)，聽得到的話打○，聽不到則打×。】



えしーと
絵シート

【畫布】



しりょく ちょうりょく ちょうさひょう
視力と聴力の調査票

【視力與聽力的調査表】

(該當箇所に○印をつけ、カッコ内に必要なことを書き入れて下さい)

【(在符合的項目打○，並在括號內寫下必要的內容。)

しりょく
視力について【關於視力】

1. 今までに次のような目の異常に気がつきましたか？ 【是否有發現到如下所述的眼部異常？】	
① 内側に寄ることがありますか？ 【是否有鬥雞眼的現象？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 無】
② 外側または上にずれることがありますか？ 【黒眼珠是否有往外側或上方偏離？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 無】
③ 白っぽく見えることがありますか？ 【有沒有翻白眼的現象？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 無】
④ じっと見ている時黒目が揺れていますか？ 【凝視時，黒眼珠會抖動嗎？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 無】
2. テレビや物を見るときに以下の項目で気がつくことがありますか？ 【看電視或看東西時是否有發現到如下所述的項目？】	
① 首を曲げて見ることがありますか？ 【是否會歪著頭看東西？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
② 横目で見ることがありますか？ 【是否會斜視？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
③ 目を細めることがありますか？ 【是否會眯著眼睛？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
④ いつもまぶしがりますか？ 【眼睛總是畏光嗎？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
⑤ 明るい所に出たときに片目をつぶることがありますか？ 【到明亮的地方時會閉上一隻眼睛嗎？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
⑥ 上目使いに見ることがありますか？ 【眼珠是否有朝上看的現象？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 無】
⑦ あごを上げて見ることがありますか？ 【是否會抬下巴看東西？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
⑧ テレビは離れると見にくそうですか？ 【與電視機保持距離後會難以看到畫面嗎？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 是 乙. 否】
3. 現在、眼科に通っていますか？ 【現在有去看眼科嗎？】	ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 無】
「はい」の方→ (診断名：)	

【回答「有」者→（診断名稱： ）】

4. 祖父母、親、兄弟姉妹に弱視・斜視の方がいますか？ ア. はい イ. いいえ

【祖父母、雙親、兄弟姉妹裡有弱視或斜視的人嗎？】 【甲. 有 乙. 無】

（メガネ・コンタクトレンズ等で視力がでるものは、弱視ではありません）

【（利用眼鏡、隱形眼鏡等可以恢復視力時非弱視）】

「はい」の方は具体的にご記入下さい。例（兄、斜視）（母、子供のころ弱視だった）

【回答「有」者，請填寫具體內容。例如（哥哥、斜視）（母親、小時候曾是弱視）】

[]

5. 視力検査について【關於視力検査】

①検査の方法を理解して、片目ずつ検査ができましたか？

ア. はい イ. いいえ

【了解検査方法，每次只検査一隻眼睛嗎？】

【甲. 是 乙. 否】

②視力検査結果（正答は○、誤答は×）

【視力検査結果（正確打○，錯誤打×）】

	うえ	した	ひだり	みぎ
みぎめ 右目 【右眼】	【上】	【下】	【左】	【右】

	うえ	した	ひだり	みぎ
ひだりめ 左目 【左眼】	【上】	【下】	【左】	【右】

6. その他、目について気になっていることを書いてください。

【其他如有關於眼睛方面在意的事情請具體填寫。】

[]

ちょうりよく

聴力について【關於聽力】

1. 聞こえの検査

【聴力検査】

① ささやき声の検査結果

(正答は○、誤答は×)

【①低聲細語的検査結果

(正確打○，錯誤打×)】

いぬ 【狗】	くつ 【鞋子】	かさ 【傘】	ぞう 【大象】	ねこ 【猫】	いす 【椅子】

② 指こすりの検査結果

(聞こえたら○印、聞こえなかったら×印)

【②摩擦手指的検査結果

(聽得到打○，聽不到打×)】

みぎみみ 右耳 【右耳】	ひだりみみ 左耳 【左耳】

③ お子さんは検査の方法を理解してできましたか。

ア. できた イ. できなかった

【③孩子可以了解検査方法嗎？】

【甲. 可以 乙. 不可以】

2. 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。

ア. はい (回) イ. いいえ

【得過好幾次中耳炎嗎？】

【甲. 有 (次) 乙. 無】

現在、耳鼻科に通っていますか。

ア. はい イ. いいえ

【現在有去看耳鼻科嗎？】

【甲. 有 乙. 無】

3. 家族、近い親類の方に、小さい時から耳の聞こえの悪い方がいますか。

ア. はい イ. いいえ

【家人、近親當中有無自小時候起就聽力不佳的人？】

【甲. 有 乙. 無】

(中耳炎、高熱が原因の場合、高齢による聴力低下は除く)

「はい」の方は具体的にご記入下さい。

【(因中耳炎、高燒或高齢造成聽力退步者除外)

回答「有」者，請填寫具體內容。】

誰が
【名字】

病名
【病名】

4. ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、声がかれる、いびきをかくことがありますか。

ア. はい イ. いいえ

【平時有鼻塞、流鼻涕、用嘴巴呼吸、嚙子啞或打呼嗎？】

【甲. 有 乙. 無】

5. 呼んでも返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえが悪いと思う時がありますか。

ア. はい イ. いいえ

【有即使被人叫也沒有反應、有時有反問、有時電視聲音調大聲等覺得聽力不佳的情形嗎？】

【甲. 有 乙. 無】

6. お子さんに接する人から聞こえが悪いと言われたことがありますか。

ア. はい イ. いいえ

【接觸過孩子的人有告訴過您孩子聽力不佳嗎？】

【甲. 有 乙. 無】

<p>7. 話しことばについて、遅れている、発音の心配はありますか。 【關於說話，有擔心孩子說話發展緩慢或發音方面的問題嗎？】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 無】</p>
<p>8. 三語文を話せますか。 (例 ○○が△△を□□する ○○といっしょにあそぶなど) 【會說三語詞嗎？ (例如 ○○(主語) □□(動詞) △△(賓語) 與○○一起玩等)】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【甲. 會 乙. 不會】</p>
	<p>ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 無】</p>
<p>9. あなたの言うことばの意味を口元や表情を見て判断したり、動作などを加えないと伝わらないことがありますか。 【看嘴巴或表情判斷您說的意思，或是不加上動作等就無法傳達意思嗎？】</p>	<p>ア. はい イ. いいえ 【甲. 有 乙. 無】</p>

10. その他、耳について気になっていることを書いてください。
【其他如有關於耳朵方面在意的事情請具體填寫。】

()